

MRN: _____

Nombre del paciente: _____

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA – CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PARA INYECCIÓN DE INTRAVASCULAR CONTRASTE YODADO

RADIOGRÁFICO (CT Scan Questionnaire – Screening

Questionnaire for Injection of Intravascular Radiographic Iodinated Contrast)

Altura _____ pulgadas | Peso _____ libras

| 1. CT sin contraste **Todos los pacientes** | Sí (S) | No (N) | Desconocido |
|--|--------|--------|-------------|
| Is this safety screening form being waived by MD due to urgency? If yes, enter MD's name and pager ID: | | | |
| Physician Name _____ Pager ID# _____ | | | |
| ¿Pesa más de 450 libras? | | | |
| ¿Existe la posibilidad de que pueda estar embarazada? En caso afirmativo, se requiere una consulta médica. | | | |
| • ¿Semana gestacional del embarazo? _____ | | | |
| 2. Tomografía computarizada con contraste y/o tomografía intervencionista – **Todos los pacientes que reciban contraste intravenoso** | Sí (S) | No (N) | Desconocido |
| ¿Es alérgico al yodo, ha tenido complicaciones con el medio de contraste inyectado o tiene alergias múltiples graves? En caso afirmativo, describa la complicación: | | | |
| • En caso afirmativo, ¿recibió un medicamento para prevenir una reacción alérgica al yodo 24 horas antes del examen? | | | |
| ¿Le han diagnosticado asma o ha usado un inhalador? En caso afirmativo, lleve su inhalador a la cita para la tomografía computarizada. | | | |
| ¿Tiene una vía venosa central/ catéter venoso central de acceso periférico/reservorio? | | | |
| ¿Tiene hipertiroidismo sintomático o tiene programada una gammagrafía de tiroides de Medicina Nuclear o terapia con yodo radiactivo dentro de las 6 semanas de la cita programada? En caso afirmativo, se requiere una consulta médica. | | | |
| ¿Usted está en diálisis? En caso afirmativo, responda a las dos preguntas siguientes: | | | |
| • ¿Ha estado en diálisis por menos de 3 meses? | | | |
| • ¿Su producción de orina es de más de 1 taza al día? | | | |
| ¿Se ha sometido a una intervención quirúrgica renal o padece alguna enfermedad renal, o tiene antecedentes familiares de insuficiencia renal? | | | |

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA – CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PARA INYECCIÓN DE INTRAVASCULAR CONTRASTE YODADO RADIOGRÁFICO (CT Scan Questionnaire – Screening

Questionnaire for Injection of Intravascular Radiographic Iodinated Contrast)

MRN: _____

Nombre del paciente: _____

| 2. Tomografía computarizada con contraste y/o tomografía intervencionista – **Todos los pacientes que reciban contraste intravenoso** (continuado) | Sí (S) | No (N) | Desconocido |
|---|---------------|---------------|--------------------|
| ¿Está tomando medicamentos o inyectándose insulina para controlar su diabetes? En caso afirmativo, indique los medicamentos: | | | |
| ¿Está tomando medicamentos que contienen METFORMINA? En caso afirmativo, enumere los medicamentos: _____ (Referring MD might need to withhold METFORMIN 48 hours after scan) | | | |
| ¿Le han hecho o le están evaluando para un trasplante de órganos sólidos? (hígado, riñón, corazón, pulmón) | | | |
| ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta o la insuficiencia cardíaca? En caso afirmativo, indique los medicamentos: | | | |
| ¿Le han diagnosticado mieloma, lupus, esclerodermia y/o artritis reumatoide? | | | |
| ¿Está tomando medicamentos antiinflamatorios / analgésicos diariamente (incluso de venta libre) durante más de tres meses, que no sean aspirina y Tylenol? (Ejemplos: Advil, Naproxeno, Motrin, Ibuprofeno) | | | |
| ¿Ha recibido quimioterapia desde la última vez que le hicieron un análisis de sangre para verificar los niveles de creatinina o TFG? | | | |
| 3. Tomografía computarizada cardíaca/coronaria **Todos los pacientes programados para TC cardíaca** | Sí (S) | No (N) | Desconocido |
| ¿Has usado betabloqueantes? En caso afirmativo, comente las reacciones adversas: | | | |
| ¿Está usted, independientemente de si es hombre o mujer, tomando algún medicamento típicamente usado para aumentar el flujo sanguíneo, para el síndrome de disfunción eréctil o para la hipertensión pulmonar como Cialis, Viagra, Tadalafil, Adcirca? Si es así, retenga este medicamento durante 72 horas antes del examen. | | | |

Este formulario fue completado por (Imprimir nombre): _____

(This form was completed by [Print Name])

**TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA – CUESTIONARIO
DE DETECCIÓN PARA INYECCIÓN DE
INTRAVASCULAR CONTRASTE YODADO**

RADIOGRÁFICO (CT Scan Questionnaire – Screening
Questionnaire for Injection of Intravascular Radiographic Iodinated Contrast)

| |
|----------------------|
| MRN: |
| Nombre del paciente: |

Patient or Representative Signature Date Time

If not signed by patient, indicate relationship or guardian: _____

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------|---------------|
| _____ Interpreter Signature | _____ Interpreter ID # | _____ Date | _____ Time |
|--------------------------------|---------------------------|---------------|---------------|

CT Tech/RN Signature Date Time

Print Name of CT Tech/RN